

Declaración de datos

Este formulario fue diseñado para que el trabajador de elegibilidad lo llene durante la entrevista en persona con el solicitante. Sin embargo, el cliente lo puede llenar en situaciones especiales, como cuando se recertifica el grupo para fines de estampillas para comida (grupo) o al solicitar por medio del correo.

A. ¿Son todas las personas en el grupo ciudadanos de los Estados Unidos? Sí No
(Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta "E".)

Los solicitantes no tienen que proporcionar información ni documentos acerca de la situación migratoria de los miembros de la familia que no son elegibles debido a su situación migratoria y que no están solicitando beneficios.

Nombre de la persona:	¿Patrocinada?	¿Cuántos años en total ha estado cada persona de su hogar viviendo en los Estados Unidos (EE. UU.)?	¿Cuántos de esos años obtuvieron dinero usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) por medio de un trabajo en los EE. UU.?	¿Cuántos de esos años, si alguno, trabajaron usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) en los EE. UU. o para una compañía de los EE. UU. pero viviendo fuera de los EE. UU.?
1.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
6.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
7.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
8.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
9.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

B. ¿Alguna persona en su hogar que no es ciudadana se encuentra activo en el servicio militar de los EE. UU., es veterana, o es el esposo(a) o niño dependiente de alguien que está activo en el servicio militar o de un veterano? Si la respuesta es "Sí", explique: Sí No

Nombre de la persona:	Ramo de servicio:	Fecha de servicio:

C. ¿Hay una persona en el hogar que es maltratada y que no es ciudadana? Sí No

D. ¿Alguna persona tiene por lo menos 40 trimestres ó 10 años de trabajo en los EE. UU.? Si la respuesta es "Sí", escriba su(s) nombre(s) a continuación: Sí No

Nombre de la persona (o personas) que tiene por lo menos 40 trimestres de trabajo:

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Case Name

Case Number

Worker Number Date

TYPE OF APPLICATION

New Recert

Residency verified

Length of time in another's home

FS ID verified

Received food stamps
 Where? _____
 When? _____

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
6. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
7. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
8. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
9. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
10. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____

Honorable Discharge verified
 YES NO

USCIS Petition Filed?
 YES NO

40 Quarters Verified

Own Quarters

Spouse's Quarters

Spouses' Combined Quarters

Parent(s) Quarters

CFAP YES NO

Person #: _____

Declaración de datos

SOLO PARA USO DEL CONDADO

K. ¿Se le han suspendido los beneficios de estampillas para comida a alguien debido a sanciones relacionadas al trabajo o entrenamiento, o por no cumplir con los requisitos de trabajo para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD), o debido a una violación intencional del programa, o por fraude en la asistencia pública? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Sí No

Nombre	¿Qué?	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Cuánto tiempo?	¿En qué condado/estado?

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
 YES NO

Good cause if sanction was imposed?
 YES NO

Minimum FS sanction completed?
 YES NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
 YES NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
 YES NO

FS Eligible Student
 YES NO

FS Eligible Student
 YES NO

Striker Regs Apply
 YES NO
 Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:
 \$ _____

Voluntary Quit
 YES NO
 Good Cause
 YES NO

L. ¿Está alguien, que tenga 16 años de edad o más, matriculado en la escuela, universidad (college) o en un programa de entrenamiento? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Sí No

Nombre de la persona	Nombre de la escuela	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro	# de unidades por semestre/trimestre	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de horas: _____

M. En los últimos 60 días, ¿ha dejado alguien de trabajar, o se ha rehusado a trabajar o a participar en un entrenamiento?

Sí No

¿Está alguien en huelga?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Nombre de la persona	En huelga <input type="checkbox"/> Dejó/Se rehusó a trabajar <input type="checkbox"/>	Ultimo día que trabajó	Fecha en que recibió su último pago
Nombre y dirección del empleador/entrenamiento		Si dejó o se rehusó a trabajar o participar en entrenamiento, explique.	

N. En los últimos tres meses, ¿alguien ha vendido, gastado, o regalado algún bien personal o bienes raíces, tal como una casa, cuenta bancaria, dinero proveniente de un convenio legal o debido a un accidente, o cualquier otra cosa? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Sí No

Nombre	Explique

O. ¿Es alguien dueño de, o está comprando bienes raíces en cualquier lugar (dentro o fuera de los EE. UU.)? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Sí No

Tipo:	Dirección o lugar:	Se usa como: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Unidad de renta	Dueño:	Valor aproximado: Cantidad que se debe:

Declaración de datos

SOLO PARA USO DEL CONDADO

P. ¿Tiene alguien, incluyendo a los niños, alguno de los recursos anotados en la siguiente lista? Si la respuesta es "Sí", por favor explique a continuación: Sí No

- Dinero en efectivo o cheques
- Cuentas bancarias de inversión en el mercado de valores
- Compensación (de empleados) aplazada voluntariamente para su inversión
- Cuentas individuales de jubilación (IRA) o plan de jubilación Keogh (para personas con negocio propio)
- Fondos de jubilación
- Fondos en fideicomiso
- Cuentas de cheques o cuentas de ahorro
- Derechos en relación a petróleo, minas o minerales
- Contratos de venta
- Cuentas en uniones de crédito
- Otro
- Acciones, bonos, títulos de inversión a plazo fijo (Certificates of Deposit-CDs)
- Hipotecas

Tipo de recurso	Dueño	Valor actual	Cantidad que se debe (si alguna)	Nombre y dirección del banco/institución	Número de cuenta

Total Value = _____

Q. ¿Alguien, incluyendo a los niños, recibe o espera recibir dinero proveniente de alguna de las fuentes mencionadas a continuación? Sí No

- Asistencia monetaria (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños [CalWORKs], Asistencia para Refugiados, Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes [CAPI], Asistencia General/Ayuda General, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF] para Indígenas de Tribus)
- Beneficios del Estado (beneficios del Seguro contra Desempleo o contra Incapacidad/Discapacidad)
- Pagos de la Administración para Veteranos (incapacidad/discapacidad, educación, ayuda y asistencia, etc.)
- Beneficios del Seguro Social o Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)
- Consejo para la jubilación por haber trabajado para el ferrocarril (incapacidad/discapacidad o jubilación)
- Otros beneficios por incapacidad/discapacidad, jubilación o para sobrevivientes
- Mantenimiento de hijos/esposa(o)
- Subvenciones, préstamos y/o becas para la educación
- Pago por cabeza para las personas que son indios (indígenas) de los Estados Unidos de América
- Ganancias de juego (bingo, lotería, premios, etc.)
- Beneficios por huelga
- Asignaciones por entrenamiento
- Otra

Nombre	Fuente del dinero	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

- SSI pending YES NO
- Interim Assistance YES NO
- GA YES NO
- CAPI YES NO

Person #: _____

R. ¿Alguien en el hogar, incluyendo a los niños, trabaja o espera trabajar en los próximos dos meses? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Nombre de la persona que trabaja	Empleador y dirección	# de horas que trabaja por mes	Ingresos brutos mensuales

- Self-employed?
- Actual 40%

S. Para poder trabajar, participar en entrenamiento, ir a la escuela o buscar trabajo, ¿alguien paga para el cuidado de un niño o de un adulto incapacitado/discapacitado? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Nombre de la persona(s) que recibe cuidado	Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia?
		\$	
		\$	

- Is the caretaker a household member?
- YES NO

Declaración de datos

SOLO PARA USO DEL CONDADO

T. ¿Alguien más paga todo o parte del costo para el cuidado de los niños de usted? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga? \$ _____ por _____
-------------------------------	-------------------------------------

U. ¿Alguien en el hogar paga mantenimiento de hijos? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: Sí No

Nombre de la persona que paga	Nombre del niño(s) que recibe el mantenimiento	Cantidad pagada por mes	¿Ordenado por la corte?
		\$ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		\$ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

V. ¿Tiene usted o alguien que vive en el hogar algún gasto de vivienda? Sí No

	Nombre	Costo total	Cantidad que usted paga	Cantidad que otros miembros del grupo/familia pagan	¿Con qué frecuencia hay que pagar?
Renta o pago de casa		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Impuestos de la propiedad y seguro (si es por separado)		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Gas, electricidad u otro combustible usado para calentar o enfriar		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Agua, alcantarillado, basura		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Teléfono		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Otro gasto		\$ _____	\$ _____	\$ _____	

W. Usted puede autorizar a otra persona en su grupo o fuera de su grupo que recoja sus estampillas para comida. Si quiere autorizar a otra persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante autorizado	Dirección del representante autorizado	Número de teléfono

X. ¿Le interesa recibir información o una referencia acerca de cobertura médica (Programa de Asistencia Médica de California [Medi-Cal] o Programa de Familias Saludables [Healthy Families])? Sí No

Court order on file?
 YES NO

Amount ordered: \$ _____

Total housing verified?
 YES NO

Total housing
\$ _____

Shared housing
 YES NO

Utilities verified?
 YES NO

Heating or Cooling verified?
 YES NO

Client elects?
 Actual SUA

If actual
Total utilities
\$ _____

SUA prorated?
 YES NO

Declaración de datos

CERTIFICACION

- Entiendo las preguntas en este formulario.
- Entiendo que cualquier información que yo he proporcionado, incluyendo información acerca de beneficios e ingresos, se verificará con los registros locales, estatales y federales, tales como empleadores, la Administración del Seguro Social, oficinas de impuestos, asistencia pública, y de empleo, etc.
- Entiendo que el Condado enviará información a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) para verificar la situación de personas que no son ciudadanas y también a la Administración del Seguro Social para verificar información sobre los trimestres de trabajo para personas que no son ciudadanas que están solicitando beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo que es posible que la información que el Condado reciba de la USCIS y/o del Seguro Social afecte mi elegibilidad para beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo que la información que yo he proporcionado en este formulario, incluyendo información sobre beneficios e ingresos, está sujeta a investigación y revisión por parte del personal del condado, del estado y del gobierno federal. También entiendo que si proporciono información errónea, es posible que se me nieguen o suspendan los beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades (el formulario DFA 285 A3) y estoy de acuerdo en cumplir con mis responsabilidades.
- Entiendo las sanciones, incluyendo las sanciones específicas de descalificación para los beneficios de estampillas para comida que se explican en el formulario DFA 285 A3 por proporcionar información incompleta, por no reportar toda la información o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad o beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo que es posible que se le requiera al grupo para fines de estampillas para comida, a cualquier miembro adulto del grupo (aun si ya no vive en el hogar), al patrocinador de un miembro del grupo que no sea ciudadano, o al representante autorizado de personas que residen en una institución elegible, que reembolsen cualquier beneficio que el grupo no debió haber recibido.
- Entiendo que es posible que elijan mi caso para llevar a cabo una revisión adicional para asegurar que mi elegibilidad fue correctamente calculada. También entiendo que tengo que cooperar plenamente con el personal del condado, del estado, y del gobierno federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión del control de calidad.
- Entiendo que no puede recibir beneficios de estampillas para comida ningún miembro de mi grupo que esté huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor (*felony*) o para evitar ser detenido o encarcelado después de una condena, o por violación de su libertad condicional (*probation* o *parole*).
- Entiendo que no pueden recibir beneficios de estampillas para comida las personas que han sido declaradas culpables a partir del 22 de agosto de 1996 de haber cometido un delito mayor (*felony*) relacionado a las drogas por manufacturar, vender, o distribuir una sustancia controlada o por alguna actividad en conexión con estos actos ilegales, o por cultivar, cosechar, o procesar marihuana, o por involucrar a un menor en las actividades mencionadas anteriormente.

Entiendo que si el Condado ha completado este formulario basándose en mis respuestas, he revisado la información y estoy de acuerdo en que se ha escrito correctamente. Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.

Firma (Miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida o representante autorizado)

Fecha

Firma del testigo o intérprete

Fecha

Firma del trabajador de elegibilidad

Fecha